

De effectiviteit van preventiebeleid: een bestuurskundige analyse

Marcel Boogers, Ruben Riemens, Inge Stortenbeker & Charisma Hehakaya

Het artikel onderzoekt de effectiviteit van het Nederlandse gezondheidspreventiebeleid vanuit een bestuurskundig perspectief, met nadruk op de theorie van samenwerkend besturen (collaborative governance). Een analyse van de juridische vormgeving van het preventiebeleid en van nationale en lokale preventieakkoorden laat zien dat veel randvoorwaarden voor effectieve samenwerking ontbreken: er is onvoldoende gelijkwaardigheid tussen betrokkenen, leiderschap is zwak, besluitvormingsfora zijn niet exclusief, en het vertrouwen tussen partners is beperkt. Gemeenten hebben weliswaar een centrale rol, maar worden belemmerd door gefragmenteerde regelgeving, beperkte middelen en een gebrek aan regie vanuit het Rijk. De auteurs concluderen dat gemeenten meer kunnen doen door leiderschap te tonen, vertrouwen te bouwen en inwoners actief te betrekken. Tegelijkertijd is er een duidelijke taak voor de rijksoverheid om wetgeving en financiële ondersteuning te bieden. Zonder deze verbeteringen blijft de effectiviteit van het preventiebeleid beperkt.

De relevantie voor practitioners is (1) dat het artikel een helder beeld geeft van de knelpunten en verbeterpunten in de vormgeving en werking van het lokale preventiebeleid; (2) dat gemeenten zelf invloed hebben op een aantal van de randvoorwaarden voor effectief samenwerkende besturen op het gebied van preventiebeleid (het artikel noemt een aantal factoren waarop gemeenten kunnen sturen voor een succesvolle ontwikkeling en uitvoering van lokale gezondheidsakkoorden); en (3) dat aan gezien (het gedrag van) inwoners uiteindelijk essentieel (is) zijn voor de resultaten van gezondheidspreventie, het van cruciaal belang is dat de gemeente het inwonersperspectief op een gelijkwaardige manier betreft in de besluitvorming op het gebied van gezondheidspreventie.

1 Inleiding

Hoewel gezondheidszorg een grondwettelijk verankerde overheidstaak is en ruim een kwart van de overheidsuitgaven aan gezondheidszorg wordt besteed, is de uitvoering van gezondheidszorgtaken niet aan de overheid voorbehouden. Integendeel: de gezondheidszorg is van oudsher ook een zaak van maatschappelijke instellingen en in toenemende mate ook van marktpartijen. Door het ontbreken van sterke hiërarchische relaties tussen al deze betrokkenen komt gezondheidszorgbeleid tot stand in een complex netwerk van overheden, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, bedrijven en maatschappelijke instellingen (Maarse & Jeurissen, 2024). Datzelfde geldt nog meer voor gezondheidspreventie, vooral omdat hier een veel groter aantal organisaties bij betrokken is. Waar gezondheidszorg zich beperkt tot organisaties die zorg verlenen, bekostigen en reguleren, richt gezondheidspreven-

tie zich op iedereen die een rol kan spelen bij het voorkomen van ziekte of ongezondheid (Ten Have et al., 2013). Het beleidsnetwerk van betrokken organisaties is hier dus nog omvangrijker en complexer.

De effectiviteit van het preventiebeleid, en daarmee van het beleidsnetwerk waarin dit tot stand komt, staat de laatste tijd steeds meer ter discussie. Recent onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) laat zien dat de gezondheidsdoelen uit het Nationaal Preventieakkoord (NPA) niet gehaald worden (RIVM, 2024). De afspraken die gemeenten, rijksoverheid en andere organisaties hier hebben gemaakt, blijken onvoldoende om de beoogde vermindering van overgewicht, roken en problematisch alcoholgebruik te kunnen realiseren. Dat maakt de vraag relevant hoe de samenwerking op het gebied van gezondheidspreventie is georganiseerd; en hoe dit de ontwikkeling en uitvoering van preventiebeleid bevordert of hindert. Dit artikel geeft antwoord op die vraag.

Daarmee voegen we een bestuurskundig perspectief toe aan de gedragswetenschappelijke manier waarop preventiebeleid doorgaans wordt bestudeerd (De Bruin et al., 2024). We maken hierbij gebruik van de theorie van het samenwerkend besturen (*collaborative governance*) om de inrichting en het functioneren van de interbestuurlijke samenwerking bij gezondheidspreventie te analyseren. Deze analyse wordt niet alleen in de bestuurskunde, maar ook in de gezondheidswetenschappen gebruikt voor samenwerkingsvraagstukken. De theorie geeft een aantal randvoorwaarden voor effectief samenwerkende besturen en biedt daarmee een beoordelingskader voor interbestuurlijke samenwerkingsverbanden (Ansell & Gash, 2007; Emerson et al., 2011; Belrhiti et al., 2024). Deze zijn dus ook voor samenwerking op het gebied van preventiebeleid relevant.

Na een korte uiteenzetting van de theorie van het samenwerkend besturen zal eerst het lokaal preventiebeleid worden beschreven, om het daarna met behulp van deze theorie te analyseren. Daarbij gaan we na of en in welke mate aan iedere voorwaarde voor samenwerkend besturen wordt voldaan. Op basis hiervan eindigen we met concrete aanbevelingen hoe de organisatie van het preventiebeleid in Nederland beter zou kunnen worden ingericht.

2 Theorie van samenwerkend besturen

De theorie van samenwerkend besturen richt zich op besluitvormingsarrangementen van overheden en andere organisaties die gezamenlijk beleid ontwikkelen en uitvoeren. De theorie formuleert een aantal voorwaarden waaronder deze besluitvormingsarrangementen goed kunnen functioneren (Ansell & Gash, 2007; Emerson et al., 2011; Boogers, 2013). De eerste groep randvoorwaarden heeft betrekking op de deelnemers aan de interbestuurlijke samenwerking:

- *Gelijkwaardigheid van betrokkenen op het gebied van macht en middelen*: als er op dit gebied een grote ongelijkheid is, kunnen stakeholders met minder macht en middelen niet op een betekenisvolle manier deelnemen aan het besluitvormingsproces. Dit kan ertoe leiden dat mensen op een later moment de uitkom-

sten minder accepteren. Om dit te voorkomen is het van belang dat de vertegenwoordiging en positie van deze stakeholders hoog op de agenda staat. De vraag hier is dus: zijn alle belangen en gezichtspunten goed vertegenwoordigd in het besluitvormingsproces? Is er moeite gedaan om minder goed georganiseerde belangen een betere positie in de besluitvorming te geven? (randvoorwaarde 1)

- *Noodzaak om deel te nemen aan het besluitvormingsproces*: omdat deelname aan een samenwerkingsverband in de meeste gevallen vrijwillig is, is het van belang dat stakeholders voldoende redenen hebben om deel te nemen aan het besluitvormingsproces. Het niet zelfstandig kunnen bereiken van de eigen doelen is zo'n reden. Gevoelens van wederzijdse afhankelijkheid, lotsverbondenheid of solidariteit kunnen ook bijdragen aan de bereidheid deel te nemen aan het gemeenschappelijk besluitvormingsproces. De vraag is dus: is er onder de samenwerkingspartners sprake van wederzijdse afhankelijkheid of een ervaren lotsverbondenheid en solidariteit? (randvoorwaarde 2)
- *Ervaringen met samenwerking en conflict*: de voorgeschiedenis die samenwerkingspartners met elkaar hebben, beïnvloedt het succes van interbestuurlijke samenwerking. Langdurig goede ervaringen zorgen ervoor dat partners elkaar vertrouwen, wat de samenwerking bevordert. Daarentegen zal een geschiedenis van tegenstellingen en conflict het wantrouwen voeden en effectieve samenwerking hinderen. Toch is het niet zo dat in conflictsituaties geen samenwerking mogelijk is. Als partners elkaar nodig hebben om gezamenlijke doelen te bereiken (zie randvoorwaarde 2) en bereid zijn te investeren in conflictregulerende mechanismen, kan gemeenschappelijke besluitvorming toch succesvol zijn. Hier is de vraag relevant of vorige ervaringen met samenwerking bouwstenen of barrières opleveren voor het vervolg, en hoe hiermee wordt omgegaan. (randvoorwaarde 3)

De volgende randvoorwaarde gaat over leiderschap in samenwerkend besturen:

- *Ondersteunend leiderschap*: leiderschap is een essentiële voorwaarde om verschillende partijen aan tafel te krijgen. Ook helpt leiderschap om verschillende hindernissen en obstakels in het samenwerkingsproces te doorstaan. Vooral als gemeenschappelijke besluitvorming niet vanzelfsprekend is, zoals eerder beschreven, kan het functioneren van leiders het verschil maken. Als partners gelijkwaardig zijn in invloed en middelen en bereid zijn tot samenwerking, maar elkaar niet vertrouwen, is bemiddelend leiderschap voldoende. Een leider die boven de partijen staat en door alle partners wordt vertrouwd, kan barrières voor gemeenschappelijke besluitvorming uit de weg helpen. Als de uitgangssituatie lastiger is – door de ongelijkwaardigheid van betrokkenen, een gebrek aan samenwerkingsbereidheid, of door wantrouwen en conflicten – is een krachtiger leider nodig. Een leider moet in dat geval vertrouwen winnen en respect afdwingen, om zo weerstand tegen samenwerking opzij te zetten. De vraag is hier: wie vervult het leiderschap in het samenwerkingsverband, en hoe wordt dit ingevuld? (randvoorwaarde 4)

De laatste randvoorwaarde betreft de institutionele vormgeving van de samenwerking, het geheel van regels, procedures en afspraken waarbinnen partners samen tot besluitvorming komen:

- *Openheid en exclusiviteit van besluitvormingsfora*: gemeenschappelijke besluitvorming hoort gemeenschappelijk te zijn. Dit lijkt vanzelfsprekend, maar is toch een noemenswaardige voorwaarde voor het succes van samenwerking: als alle overheden en organisaties die belang hebben bij de uitkomsten van het besluitvormingsproces een bijdrage hieraan leveren, neemt de kwaliteit ervan toe. Dat betekent dat ook ‘moeilijke’ stakeholders die het proces kunnen frustreren toch moeten worden gestimuleerd om mee te doen, niet in het minst omdat ze de uitvoering van het besluit later alsnog kunnen hinderen. Het besluitvormingsplatform waarbinnen het besluitvormingsproces plaatsvindt, moet behalve open óók exclusief zijn. Dat lijkt paradoxaal, maar dat is het niet. Met exclusiviteit wordt bedoeld dat er maar één besluitvormingsplatform is, zodat belanghebbenden niet kunnen uitwijken naar alternatieve besluitvormingsplatforms om hun gezamenlijke doelen te verwezenlijken. Bovendien moet het besluitvormingsplatform toegankelijk zijn voor alle relevante belanghebbenden, zoals inwoners, zodat iedereen die een legitiem belang heeft of expertise kan bijdragen, kan deelnemen aan het proces. Hier is de vraag: hoe is de besluitvorming georganiseerd en verbindt deze alle betrokkenen? (randvoorwaarde 5)

Al deze randvoorwaarden werken in op het verloop en de uitkomsten van gemeenschappelijke besluitvormingsprocessen. Voor de kwaliteit hiervan gelden extra procesvereisten:

- *Vertrouwen, betrokkenheid en gezamenlijke successen*: gemeenschappelijke besluitvorming is een proces van geven en nemen en van vallen en opstaan. Omdat vaak langzaam vooruitgang wordt geboekt, liggen frustraties en irritaties snel op de loer. Persoonlijke contacten helpen hierbij, omdat ze kunnen bijdragen aan wederzijds begrip en vertrouwen. Daarom is van groot belang dat wordt geïnvesteerd in de kwaliteit van persoonlijke contacten. Verder dienen tussentijdse resultaten, hoe klein ook, met elkaar openlijk te worden besproken en gewaardeerd. Transparantie draagt bij aan vertrouwen en zorgt ervoor dat de samenwerking minder vrijblijvend wordt. De laatste vraag is dus: wordt er geïnvesteerd in de kwaliteit van persoonlijke contacten tussen samenwerkingspartners?

3 Onderzoeksmethode

Voor de beantwoording van de vraag naar de mate waarin het lokale preventiebeleid voldoet aan de voorwaarden die de theorie van het samenwerkend besturen stelt aan succesvolle samenwerking, hebben we allereerst de juridische vormgeving van het lokale preventiebeleid in kaart gebracht. Aan de hand van een analyse van relevante wetgeving is nagegaan welke taken, bevoegdheden en financiële middelen de rijksoverheid aan gemeenten heeft toebedeeld ten behoeve van de ontwik-

keling en uitvoering van preventiebeleid. Hierna zijn alle landelijke preventie- en gezondheidsakkoorden bestudeerd, waarbij is nagegaan welke overheden en organisaties hierbij zijn betrokken en wat precies is afgesproken. Ook is nagegaan hoe de verschillende preventie- en gezondheidsakkoorden zich tot elkaar verhouden. Op basis hiervan is tot slot aan de hand van de theorie nagegaan of voldaan is aan de voorwaarden van samenwerkend besturen voor een succesvol preventiebeleid.

4 De organisatie van het gezondheidspreventiebeleid

Het lokaal gezondheidspreventiebeleid kent een hybride karakter. Het is zowel gebaseerd op nationale wet- en regelgeving als op nationale en lokale afspraken tussen overheden, organisaties, bedrijven en instellingen. Bestuurskundig gezien is er sprake van klassieke verticale sturing vanuit de overheid, evenals van horizontale netwerksturing door verschillende partners. Volgens de theorie kunnen beide elkaar aanvullen, zich aan elkaar aanpassen, met elkaar wedijveren of elkaar vervangen (Helmke & Levitsky, 2004). Meer specifiek geeft literatuur aan dat overheidssturing richting en houvast kan geven aan netwerksamenwerking (Börzel & Risse, 2010), al zien we in de praktijk van gezondheids- en preventiebeleid dat overheidssturing het functioneren van netwerken ook kan hinderen (Bekker & Wagemakers, 2021; Bekker & Putters, 2003). Idealiter is er sprake van aanvulling: overheidssturing vult dan netwerksturing aan (Héritier & Lehmkuhl, 2008).

4.1 Lokaal preventiebeleid: wettelijk kader

Gemeenten zijn al lang actief op het gebied van gezondheidspreventie. Met de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) werd deze taak sinds 1989 ook wettelijk belegd bij de gemeente, waarbij gemeenten verplicht werden om deze taak regionaal uit te laten voeren door gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD's).

In 2008 werd de Wcpv met de Infectieziektenwet en de Quarantainewet samengevoegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg), die sindsdien van kracht is. De inhoudelijke bepalingen van de Wcpv zijn ongewijzigd overgenomen in de nieuwe wet. In het kader hiervan dienen gemeenten preventiebeleid en -programma's vast te stellen in een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze nota dient binnen twee jaar na de openbaarmaking van de landelijke nota publieke gezondheid te worden vastgesteld. Bij het opstellen van deze nota moet de gemeenteraad de landelijke prioriteiten in acht nemen en aangeven welke acties de gemeente wil ondernemen ter realisering van landelijke en gemeentelijke doelstellingen. Verder dient de gemeentelijke nota aan te geven hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de verplichting om bij belangrijke besluiten op het gebied van publieke gezondheid advies te vragen aan de GGD.

De juridische vormgeving van het lokale gezondheidspreventiebeleid is dus nogal ambigu. Aan de ene kant is het preventiebeleid decentraal: gemeenten hebben een eigen verantwoordelijkheid op het gebied van gezondheidspreventie. Aan de andere kant heeft het preventiebeleid ook een aantal centralistische kenmerken: het dient uitwerking te geven aan landelijke beleidsdoelstellingen. Verder heeft de lan-

delijke wetgever bepaald dat de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidspreventie ter hand wordt genomen in GGD's, waarin gemeenten verplicht regionaal samenwerken. Voor zover het gezondheidsbeleid en preventiebeleid een lokale verantwoordelijkheid zijn, wordt dit beleid in de praktijk vooral regionaal voorbereid en uitgevoerd.

4.2 Lokaal preventiebeleid: preventieakkoorden

Het gemeentelijke preventiebeleid is sinds 2018 niet alleen gebaseerd op landelijke wetgeving, maar ook op landelijke afspraken tussen overheden, bedrijven en instellingen. Op grond van deze afspraken zijn de landelijke preventieakkoorden door gemeenten nader uitgewerkt in lokale (of regionale) preventieakkoorden.

In 2018 werd landelijk het Nationaal Preventieakkoord (NPA) gesloten, waarin afspraken zijn gemaakt om roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht terug te dringen (RIVM, 2024). De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is een van de meer dan 70 aangesloten partijen, waarmee is afgesproken dat deze de gemeenten stimuleert om tot lokale of regionale akkoorden te komen. Hiertoe heeft de VNG in samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2019 het Ondersteuningsprogramma Lokale Preventieakkoorden opgezet. Dit programma biedt gemeenten de mogelijkheid om ondersteuningsbudget aan te vragen en om lokale of regionale preventieakkoorden te sluiten. In 2022 had dit al geleid tot 300 lokale of regionale preventieakkoorden (RIVM, 2022).

In september 2022 is daarnaast het Integraal Zorg Akkoord (IZA) gesloten om de zorg voor de toekomst 'goed, toegankelijk en betaalbaar te houden' (VWS, 2022a). Dit akkoord is gesloten door een brede groep ondertekenaars, waaronder VWS, de VNG en overkoepelende organisaties van ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Doel van het akkoord is om gezamenlijk op regionaal niveau een beeld te krijgen van de bestaande en verwachte zorgbehoefte en het zorgaanbod (in regiobeelden) en om afspraken te maken voor de aanpak van het verschil tussen zorgbehoefte en zorgaanbod (in regioplannen). Preventie speelt hierin een belangrijke rol (VWS, 2022a, p. 14). Vanwege bezuinigingen van de rijksoverheid op gezondheidspreventie en rijksbezuinigingen op de gemeentefinanciën stapte de VNG eind 2024 uit IZA (VNG, 2024).

Ook van belang is het Sportakkoord II tussen VWS, NOC*NSF, Vereniging Sport en Gemeenten (VSG) en Platform Ondernemende Sport (POS), dat eind 2022 werd gesloten. Dit akkoord geeft 'een kader mee voor de uitwerking van lokale sportakkoorden', die veel gemeenten in navolging van het Sportakkoord I al hadden gesloten (VWS, 2022b, p. 11).

Tot slot is begin 2023 het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) gesloten tussen gemeenten, GGD's, zorgverzekeraars en VWS. Hierin staan volgens het Akkoord 'minder vrijblijvende afspraken' gericht op het bereiken van 'een gezonde generatie in 2040, met weerbare, gezonde mensen die kunnen opgroeien, leven, werken en wonen in een gezonde leefomgeving, en waarin sprake is van een sterke sociale

basis' (VWS, 2023, p. 5). Een van de doelen van dit akkoord is om de integraliteit van het gezondheidsbeleid te bevorderen. Het GALA kan dus worden gezien als een overkoepelend akkoord, dat aansluit op zowel het NPA als de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid en het IZA. Het Sportakkoord II maakt 'naast het GALA specifieke en aanvullende aanspraken' op het gebied van sport (VWS, 2023, p. 23). Het GALA biedt verder ook bouwstenen voor een regionale preventie-infrastructuur ter uitwerking van het IZA. Zie Tabel 1 voor een overzicht.

De financiering voor het GALA is vertaald naar een nieuwe Specifieke Uitkering (SPUK) voor gemeenten. Hiervoor zijn de bestuurlijke afspraken al gemaakt in het Sportakkoord II. In deze Brede SPUK worden vijftien bestaande financiële arrangementen met nieuwe interventies en aanpakken gebundeld. Om in aanmerking te komen voor SPUK in de periode 2024-2026 dienen gemeenten een plan van aanpak op te stellen met maatregelen die gezamenlijk bijdragen aan het bevorderen van de (positieve) gezondheid van inwoners (VWS, 2023, p. 37). Hierin moet worden aangegeven hoe de maatregelen bijdragen aan de doelstellingen van het GALA en hoe (wijken met) mensen met gezondheidsachterstanden worden bereikt. Ook moet worden uiteengezet hoe de gemeentelijke preventieaanpak verbonden is met lokale samenwerkingsafspraken (zoals het preventie- en sportakkoord) en het lokale gezondheidsbeleid.

Tabel 1 *Overzicht wetten en akkoorden op het gebied van gezondheidspreventie*

Landelijk akkoord/wetgeving	Op lokaal/regionaal niveau
Wet publieke gezondheid (Wpg)	Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid
Nationaal Preventieakkoord (NPA)	Lokaal/regionaal preventieakkoord
Integraal Zorgakkoord (IZA)	Regiobeelden en regioplannen
Sportakkoord I en II	Lokaal/regionaal sportakkoord
Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)	Regionale preventie-infrastructuur die uitvoering geeft aan IZA-regiobeelden en -regioplannen en de beleidsvisie voor de sociale basis

4.3 Toegenomen complexiteit van preventiebeleid

De genoemde akkoorden versterken het eerdergenoemde hybride karakter van het preventiebeleid. Aan de ene kant sturen landelijke afspraken het lokale preventiebeleid, ook vanwege de gedetailleerde voorwaarden voor gemeenten om voor financiering van de rijksoverheid in aanmerking te komen. Aan de andere kant hebben gemeenten veel ruimte om samen met lokale bedrijven en instellingen een eigen kleur te geven aan het preventiebeleid, hetgeen ook gebeurt.

Een andere vaststelling is dat de stapeling van preventieakkoorden het preventiebeleid sterk heeft gefragmenteerd. De heldere doelstellingen uit het NPA op het gebied van roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht, zijn in latere preventieakkoorden aangevuld met doelen gericht op sport, sociaal beleid en leefomgeving. Hoewel die doelen onderling goed kunnen samenhangen (zo kan sporten

helpen om overgewicht te voorkomen), wordt die samenhang nergens duidelijk beschreven. Het preventiebeleid mist daarmee een inhoudelijke focus.

Volgens het recente GALA moet de samenhang in het preventiebeleid worden georganiseerd door gemeenten (VWS, 2023). De complexe vormgeving van het preventiebeleid maakt dat dit voor gemeenten niet eenvoudig is. Allereerst omdat er veel maatschappelijke partners betrokken zijn bij de totstandkoming en uitvoering van preventieakkoorden. Deze partners, zoals zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en verzekeraars, hebben vaak uiteenlopende belangen, prioriteiten en opvattingen over hoe het preventiebeleid vorm moet krijgen en welke interventies effectief zijn. Deze verschillen kunnen leiden tot spanningen of conflicten, bijvoorbeeld wanneer bepaalde doelen of werkwijzen niet overeenkomen. Gemeenten moeten daarom niet alleen coördineren, maar ook balanceren tussen de diverse standpunten en belangen, wat het proces tijdrovend en ingewikkeld maakt. Een andere bron van complexiteit is de verplichte regionale inbedding van het preventiebeleid, waarbij een extra complicatie is dat hiervoor twee regionale indelingen worden gebruikt, die van de GGD en die van de zorgkantorregio's, die niet geheel samenvallen.

5 Analyse: hoe effectief is de organisatie van het gezondheidspreventiebeleid?

Aan de hand van bovenstaande beschrijving van de samenwerkingsarrangementen op het gebied van gezondheidspreventie gaan we na in welke mate deze voldoen aan de voorwaarden die de theorie van het samenwerkend besturen hieraan stelt. Daarbij besteden we niet alleen aandacht aan de organisatie van het samenwerkend besturen op nationaal niveau, maar ook op lokaal en regionaal niveau.

5.1 Gelijkwaardigheid betrokkenen

De eerste eis die de theorie stelt aan succesvolle samenwerking, is de gelijkwaardigheid van alle betrokkenen in het besluitvormingsproces. De vraag is hier: zijn alle belangen en gezichtspunten goed vertegenwoordigd in het besluitvormingsproces? Is er moeite gedaan om minder goed georganiseerde belangen een betere positie in de besluitvorming te geven? Voor wat betreft het wettelijke kader van de besluitvorming geldt dat preventiebeleid een gemeentelijke taak is, waar alle mogelijke belangen via de representatieve democratie vertegenwoordigd zouden moeten zijn. Of dat in de praktijk ook het geval is, mag worden betwijfeld. Dit komt omdat de ontwikkeling en uitvoering van het preventiebeleid voor een belangrijk deel is belegd bij regionale GGD's, die op enige afstand staan van gemeenteraadsleden en van de inwoners die zij vertegenwoordigen. Daarnaast zullen de belangen en gezichtspunten van inwoners minder aan bod komen wanneer zij niet direct bij (de ontwikkeling van) preventiebeleid betrokken worden. Gemeenteraadsleden letten bij regionale samenwerking uiteindelijk vooral op kosten- en andere efficiencyoverwegingen (Peters et al., 2022). Het perspectief van de inwoner blijft zo vaak onvol-

doende belicht. Datzelfde geldt ook voor de belangen en opvattingen van bijvoorbeeld zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Naast het wettelijke kader voor preventiebeleid zijn er ook allerlei landelijke preventieakkoorden die worden uitgewerkt tot lokale of regionale akkoorden. Hier hebben zorgverzekeraars een vrij beperkte rol, omdat hun betrokkenheid vaak gericht is op financiering van specifieke interventies of projecten (op regionaal niveau), in plaats van op een integrale aanpak van preventie. Dit beperkt de mogelijkheden om preventie structureel te verankeren in het bredere gezondheidsbeleid. Inwoners om wie het gaat, zijn hier nauwelijks vertegenwoordigd, terwijl hun ervaringskennis cruciaal is in de vormgeving en uitwerking van preventie-interventies. Al lijkt het – net zoals bij het formele preventiebeleid – logisch dat gemeentebesturen mede namens inwoners spreken, is het niet vanzelfsprekend dat hun perspectieven aan bod komen bij de gezamenlijke ontwikkeling en uitvoering van preventiebeleid. Hoewel in landelijke preventie- en zorgakkoorden wel de ambitie wordt uitgesproken om inwoners een rol te geven bij de ontwikkeling van preventiebeleid, komt hier in de lokale praktijk niet veel van terecht (RIVM, 2022). Verder valt te betwijfelen of er echt sprake is van gelijkwaardigheid tussen de goed georganiseerde voedingsmiddelenaanbieders en -producenten, die een belangrijke rol kunnen spelen bij gezondheidspreventie, en andere partijen. Zo blijkt het NPA sterk te zijn beïnvloed door de lobbykracht van de voedingsindustrie. Partijen die gezondheidsbelangen vertegenwoordigen, konden hier niet tegenop (Lelieveldt, 2023).

5.2 *Noodzaak om deel te nemen*

De vraag die hier centraal staat, is: is er onder de samenwerkingspartners sprake van wederzijdse afhankelijkheid of een ervaren lotsverbondenheid en solidariteit? Die wederzijdse afhankelijkheid is er voor de meeste partners wel. Dit komt doordat de uitdagingen binnen preventiebeleid veelal te groot zijn en vaak niet door één partij zelfstandig opgelost kunnen worden. Een gecoördineerde inzet van middelen, expertise en netwerk is noodzakelijk om de ambitieuze doelen rondom preventie, gezondheidsbevordering en zorgtransitie te realiseren. Bijvoorbeeld, binnen het IZA is de samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten essentieel om te zorgen voor een integrale aanpak van zorg en preventie. Omdat er tussen beide een vrij zakelijke opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie bestaat, is een gevoel van onderlinge lotsverbondenheid en solidariteit niet erg vanzelfsprekend. De verschillende landelijke preventieakkoorden – uitgewerkt in lokale of regionale preventieakkoorden – lijken hier in ieder geval wel uitdrukking aan te geven, maar of die solidariteit lokaal ook in de praktijk wordt gebracht, is dus twijfelachtig.

5.3 *Ervaringen met samenwerking en conflict*

Gezondheidspreventie is zoals gezegd al een lange tijd de verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten, maar van een breder samengesteld samenwerkingsarrangement op dit gebied is pas sinds kort sprake. De vraag naar gezamenlijke ervaringen met samenwerking kan dus lastig worden beantwoord, omdat er nog weinig ervaringen zijn opgedaan. Uit de lokale praktijk zijn geen gepubliceerde gevallen bekend van conflicten die samenwerking hebben gehinderd. Daarentegen zorgen de

bezuinigingen op gemeentefinanciën en op gezondheidspreventiebeleid vanuit de rijksoverheid voor spanningen op gemeentelijk niveau (VNG, 2024). Gemeenten voelen zich in de steek gelaten door de rijksoverheid. Dit lijkt een effectieve samenwerking nu duidelijk te hinderen.

5.4 *Ondersteunend leiderschap*

Een andere voorwaarde voor effectieve samenwerking is ondersteunend leiderschap. De vraag is hier: wie vervult het leiderschap in het samenwerkingsverband, en hoe wordt dit ingevuld? Uit het voorgaande blijkt dat er geen duidelijk zichtbaar leiderschap is in de ontwikkeling en uitvoering van preventiebeleid. Er is in ieder geval geen boegbeeld of inspirerende leider die verschillende partijen bij elkaar kan brengen. VWS fungeert voor het preventiebeleid vooral als organisator en facilitator, maar een sturende leiderschapsrol ontbreekt grotendeels. Voor zover er sprake is van verbindend en stimulerend leiderschap, lijkt dit zich voornamelijk achter de schermen af te spelen en komt het minder sterk naar voren in de publieke en operationele aspecten van samenwerking. Het conflict tussen gemeenten en de rijksoverheid over de financiering van het preventiebeleid (zie hierboven) illustreert dat het leiderschap van VWS op dit terrein niet door alle partijen als vanzelfsprekend of volledig legitiem wordt ervaren. Het niet nakomen van financiële afspraken ondergraaft de rol van het Rijk, zeker omdat het gemeenten hindert bij het voorbereiden en uitvoeren van lokaal preventiebeleid.

5.5 *Openheid en exclusiviteit van besluitvormingsfora*

Hier is de vraag: hoe is de besluitvorming georganiseerd, en verbindt deze alle betrokkenen? Het grootste probleem is dat de samenwerkingsverbanden weliswaar vrij open zijn, maar niet exclusief. Dit betekent dat iedereen vanuit het eigen belang kan deelnemen aan subakkoorden, zonder dat men integraal gebonden is aan de bredere doelstellingen van het nationale akkoord. De veelheid aan verschillende akkoorden met verschillende partners brengt vanzelf enige vrijblijvendheid met zich mee. Het GALA poogt om de vrijblijvendheid weg te nemen, met name door afspraken uit het IZA over regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van gezondheidsbevordering duidelijker in te vullen. Bovendien maakt het de financiering voor gemeenten afhankelijk van commitment aan het IZA. Eind 2024 zagen we echter dat dit voor gemeenten niet voldoende was: de VNG trok zich terug uit het IZA. Het laat duidelijk zien dat het besluitvormingsforum niet exclusief was: gemeenten zagen alternatieve en aantrekkelijkere routes om hun agenda te verwezenlijken.

Op gemeentelijk niveau ontstaat op dit onderdeel ook complexiteit. Waar veel van de sport-, leefstijl- of preventieakkoorden die gemeenten hebben gesloten door het college werden vastgesteld, vraagt de beleidsvisie voor de sociale basis die gemeenten vanuit het GALA moeten opstellen een raadsbesluit. Het kan dus voorkomen dat maatschappelijke partners die betrokken zijn bij sport- of preventieakkoorden zich minder herkennen in het overkoepelende beleidskader sociale basis.

5.6 *Vertrouwen, betrokkenheid en gezamenlijke successen*

De laatste vraag is: wordt er geïnvesteerd in de kwaliteit van persoonlijke contacten tussen samenwerkingspartners? Aan het versterken van persoonlijke contacten tussen samenwerkingspartners in de verschillende preventieakkoorden wordt bijvoorbeeld binnen het IZA de nodige aandacht besteed. Zo zijn er verschillende stimuleringsubsidies die regionale samenwerking stimuleren (bijvoorbeeld vanuit ZonMw). Ook zijn er bij gebrek aan ervaren sturing vanuit de rijksoverheid verschillende initiatieven voor intergemeentelijke samenwerking ontstaan, waar gemeenten elkaar vinden en ondersteunen bij het preventiebeleid. Toch ligt ook hier ruimte voor verbetering. Het aantal congressen, symposia of andere bijeenkomsten waarbij samenwerkingspartners elkaar beter kunnen leren kennen of ontwikkelingen en successen kunnen delen, is vrij beperkt, zowel landelijk als lokaal.

5.7 *Overheidssturing en netwerksturing: aanvullen, aanpassen, wedijveren of vervangen*

Het is nog lastig te bepalen hoe het formele wettelijke kader waarbinnen gemeenten hun preventiebeleid ontwikkelen, zich verhoudt tot het geheel aan landelijke gezondheids- en preventieakkoorden. Vullen overheidssturing en netwerksturing elkaar aan, of is er sprake van aanpassing, concurrentie of vervanging (Helmke & Levitsky, 2004)? Het lijkt er nu op dat er sprake is van vervanging: vanwege de gegroeide netwerksturing wordt overheidssturing op een lager pitje gezet. Zoals de theorie aangeeft, heeft netwerksturing behoefte aan leiderschap en aan duidelijkere bestuurlijke kaders (Héritier & Lehmkuhl, 2008; Börzel & Risse, 2010) in de vorm van overheidssturing. Omdat gezondheids- en preventieakkoorden uitgaan van een gezamenlijke verantwoordelijkheid, voelt de Minister van VWS zich minder verantwoordelijk voor de financiële en beleidsmatige ondersteuning van het preventiebeleid, hetgeen netwerksamenwerking uiteindelijk schaadt. Dat is de tragiek van het werken met brede preventieakkoorden: het verzwakt de noodzakelijke rol van de overheid en daarmee de effectiviteit van het preventiebeleid.

6 Conclusie en discussie

Aan de meeste voorwaarden voor effectief samenwerkende besturen wordt niet voldaan in de context van interbestuurlijke samenwerking bij gezondheidspreventie. Er zijn kwetsbaarheden aan te wijzen op het gebied van deelnemers, leiderschap, institutionele vormgeving en in de processen van gemeenschappelijke besluitvorming. Een analyse aan de hand van de theorie van samenwerkend besturen geeft inzicht in een aantal knelpunten in de vormgeving en werking van het preventiebeleid. Hoewel gemeenten over het algemeen stevig inzetten op gezondheidspreventie door verschillende akkoorden te sluiten, blijft de impact tot dusver beperkt. Het RIVM rapporteerde dat om de doelen te halen aanvullende maatregelen nodig zijn (RIVM, 2024). Deze maatregelen richten zich voornamelijk op het gezonder maken van de voedselomgeving door accijnzen of prijsingrepen en het verbieden van marketing voor ongezonde producten (Van Giessen et al., 2021). Dit zijn echter geen maatregelen die binnen akkoorden genomen kunnen worden,

maar vereist wetgeving van de rijksoverheid (Lelieveldt, 2023). Deze ineffectiviteit wordt versterkt doordat niet voldaan wordt aan de randvoorwaarden voor effectief samenwerkende besturen.

Ondanks dat er dus nog een taak voor de rijksoverheid ligt en regelgeving op zich laat wachten, moeten gemeenten nu aan de slag met de beschikbare middelen en in de bestaande structuren. Gemeenten hebben zelf invloed op een aantal van de randvoorwaarden voor effectief samenwerkende besturen. Om succes te boeken op het gebied van gezondheidspreventie in samenwerkingsverbanden kunnen gemeenten dus sturen op een drietal factoren. Ten eerste kunnen gemeenten een stevige leiderschapsrol op zich nemen met lokale partners. De gemeente kan faciliteren, bemiddelen en obstakels wegnemen en zo de weg voor een succesvolle samenwerking vrijmaken. De tweede factor relateert hieraan. Door leiderschap te tonen kan de gemeente vertrouwen kweken bij de partners. Hiervoor is het nodig om te investeren in de contacten om tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen en betrokkenheid te creëren. De derde factor waar de gemeente veel invloed op heeft, betreft de gelijkwaardigheid van de betrokkenen in lokale akkoorden. In samenwerkingsverbanden ontstaat hier het risico dat de belangrijkste betrokkene wordt vergeten: de inwoner. Voor inwoners is het lastig om zich te organiseren en deel te nemen aan het besluitvormingsproces, tenzij de gemeente zich er actief voor inzet en actief inwoners betreft. Aangezien (het gedrag van) de inwoner uiteindelijk essentieel is voor de resultaten van gezondheidspreventie, is het van cruciaal belang dat de gemeente het inwonersperspectief op een gelijkwaardige manier betreft in de besluitvorming op het gebied van gezondheidspreventie (Citizens, 2024).

Literatuur

- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
- Bekker, M., & Putters, K. (2003). Sturing van lokaal gezondheidsbeleid: De verknoping van gescheiden netwerken. In V. J. J. M. Bekkers (Red.), *Handboek sturing in de sociale sector* (pp. 5-11). Elsevier.
- Bekker, M., & Wagemakers, A. (2021). *Samenwerking organiseren voor preventie: Leren van de beleidsvorming voor de Gecombineerde Leefstijl Interventie*. Wageningen University & Research.
- Belrhiti, Z., Bigdeli, M., Lakhal, A., Kaoutar, D., Zbiri, S., & Belabbes, S. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 39(4), 412-428.
- Boogers, M. J. G. J. A. (2013). *Het raadsel van de regio: Waarom regionale samenwerking soms succesvol is* [Oratie]. Universiteit Twente.
- Börzel, T., & Risse, T. (2010). Governance without a state: Can it work? *Regulation & Governance*, 4(2), 113-134.
- Citizens (2024). *Gezondheidspreventie en de gemeente: Wat willen inwoners?* Geraadpleegd van www.citizens.nl/assets/PDF/Infographic-gezondheidspreventie-2024.pdf?vid=3
- De Bruin, M., Kwakkenbos, L., Bosman, S. J. E., Ruiter, R. A. C., Jeurissen, P. P. T., Assendelft, W. J. J., Verstralen, R., Snoek, F. J., & Van Wijngaarden, J. (2024). Een

- gedragswetenschappelijk kader voor preventie in de gezondheidszorg: Van probleemanalyse naar 'deltaplan'. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 102(3), 128-134.
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2011). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29.
- Helmke, G., & Levitsky, S. (2004). Informal institutions and comparative politics: A research agenda. *Perspectives on Politics*, 2(4), 725-740.
- Héritier, A., & Lehmkuhl, D. (2008). The shadow of hierarchy and new modes of governance. *Journal of Public Policy*, 28(1), 1-17.
- Lelieveldt, H. (2023). Food industry influence in collaborative governance: The case of the Dutch prevention agreement on overweight. *Food Policy*, 114, Artikel 102380.
- Maarse, J. A. M., & Jeurissen, P. P. T. (2024). The politics of Dutch health care governance. In S. de Lange, T. Lauwerse, P. 't Hart & C. van Ham (Eds.). *The Oxford handbook of Dutch politics* (pp. 279-295). Oxford University Press.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022a). *Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022b). *Hoofdlijnen Sportakkoord II: Sport versterkt*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023). *GALA – Gezond en Actief Leven Akkoord*.
- Peters, K., De Greef, R., Boogers, M. J. G. J. A., & Boogaard, G. (2022). *Regionale samenwerking en gemeenteraden: Een samenvattend onderzoek naar de legitimiteit, effectiviteit en doelmatigheid van regionale samenwerkingsverbanden*. Stichting Decentraal Bestuur.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2022). *Lerende evaluatie lokale en regionale preventieakkoorden: Ervaringen met de totstandkoming van de akkoorden*.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2024). *Impact van het Nationaal Preventieakkoord voor roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik*.
- Ten Have, H. A. M. J., Ter Meulen, R. H. J., & Van Leeuwen, E. (2013). Preventie. In H. A. M. J. ten Have, R. H. J. ter Meulen, & E. van Leeuwen (Red.), *Leerboek medische ethiek* (pp. 330-365). Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Giessen, A., Douma, E., Kuijpers, T., Nawijn, E., Van Gestel, I., Pees, S., Koopman, N., Du Pon, E., & Boer, J. (2021). *Inventarisatie aanvullende maatregelen Nationaal Preventieakkoord: Mogelijke vervolgstappen richting de ambities voor 2040*. RIVM.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2024). *Maak transitie van zorg naar gezondheid mogelijk!*